AZIENDA ULSS 8 "BERICA"
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
**Ufficio Relazioni con il Pubblico**
Tel. 0444 753535 – Fax 931178
urp@aulss8.veneto.it
Responsabile: Dott.ssa Rafaella Dal Lago

## Dati del DIRETTO INTERESSATO *(La persona direttamente coinvolta nel fatto segnalato)*

**Cognome**_____ **Nome** _____

**Codice fiscale:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Domicilio in via**_____ **n°**_____

**Città**_____**Prov.**_____**Cap** _____

**Telefono e/o cellulare**_____**Email** _____

| | |
|---|---|
| **Informativa sulla privacy**<br>Dichiaro di essere a conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.L. n. 196 del 30.6.2003 – "Codice in materia di protezione dei dati personali". Riportata in calce. | **Firma** _____ |

## Dati del SEGNALANTE *(se diverso dal diretto interessato)*

**Cognome**_____ **Nome** _____

**Codice fiscale:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Domicilio in via**_____ **n°**_____

**Città**_____**Prov.**_____**Cap** _____

**Telefono e/o cellulare**_____**Email** _____

| | |
|---|---|
| **Informativa sulla privacy**<br>Dichiaro di essere a conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.L. n. 196 del 30.6.2003 – "Codice in materia di protezione dei dati personali". Riportata in calce. | **Firma** _____ |

## DELEGA (*necessaria se la persona che presenta la segnalazione è diversa dalla persona interessata*)

Il sottoscritto_____, Nato/a a_____il_____
*Nome e Cognome del diretto interessato*

**DELEGA**

il Sig./Sig.ra_____, Nato/a a_____il_____
*Nome e Cognome segnalante*

**A presentare questa segnalazione per mio conto.**

Data_____Firma _____

Il caso di **impossibilità psico-fisica del diretto interessato a sottoscrivere la delega**, segnare con una crocetta il motivo: motivazione:
□ trattasi di persona deceduta
□ trattasi di persona impossibilitata alla delega per impedimento temporaneo o permanete, legato allo stato di salute
□ altro (specificare)_____

**Documenti da presentare:**
**1**) Questo modulo di delega firmato dal delegante – **2**) Documento di identificazione proprio – **3**) Documento di identificazione del delegante (anche fotocopia purché leggibile).

In applicazione all'art.13 del D.Lgs n.196/2003 riguardante la protezione dei dati personali, l'azienda Ulss 8, in qualità di titolare del trattamento, la informa che:

- i dati contenuti nelle segnalazioni e/o richieste presentate, nei documenti sanitari, nelle relazioni cliniche o altri documenti agli atti di questo Istituto o successivamente prodotti saranno trattati esclusivamente per la definizione della segnalazione e/o richiesta da Lei presentata nei confronti dell'azienda Ulss 8 e/o suo personale dipendente o in convenzione, per il periodo strettamente necessario per la conclusione del relativo procedimento;
- il Suo nominativo potrà essere comunicato al/ai soggetto/i coinvolti nella segnalazione e/o richiesta
- Il trattamento dei dati sarà effettuato con o senza l'ausilio di strumenti elettronici.
- Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di procedere al procedimento richiesto.

La informiamo infine che Lei potrà, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003, rivolgendo istanza direttamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

## SEGNALAZIONE

Apprezzamento Suggerimento Reclamo

**Unità Operativa/Servizio Interessato:** _____

## MOTIVAZIONE

Data_____ Firma _____